Münster 1936 No 95 Med DiSS

Aus dem gerichtsärztlichen Institut
der Medizinischen Akademie zu Düsseldorf.
Direktor: Professor Dr. Berg.

Somnambulismus
und verwandte
Bewußtseinsstörungen
in ihrer
gerichtsärztlichen Bedeutung.
an Hand eines Falles.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Würde eines doctor medicinae
durch die Medizinische Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität zu Münster
in Gemeinschaft mit der Medizinischen Akademie
in Düsseldorf

vorgelegt von

Jacoba Goecker
aus Essen.

1935

Gedruckt in der Dissertationsdruckerei von Robert Kleinert in Quakenbrück.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

gez.: Manteufel
Rektor der Medizinischen Akademie in Düsseldorf.

gez. Klinge
Dekan der Medizinischen Fakultät Münster

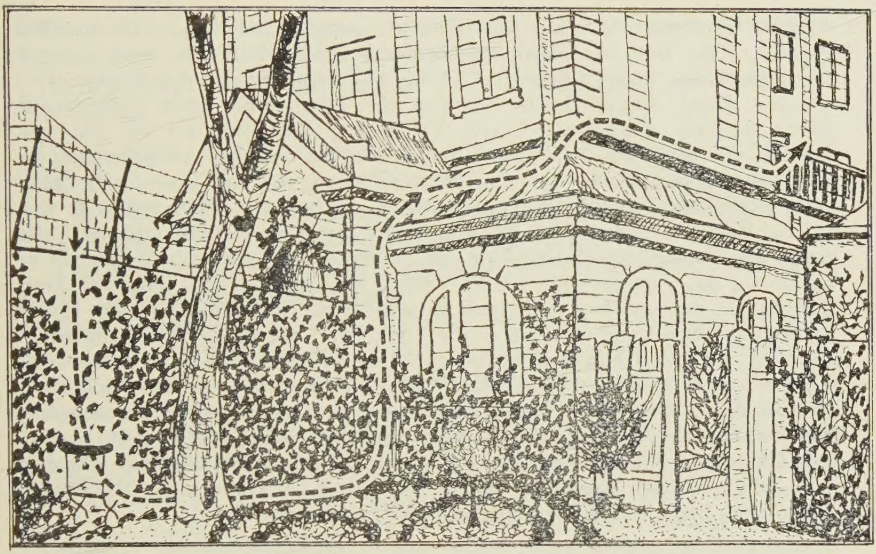
gez.: Berg
1. Berichterstatter
gez.: Többen
2. Berichterstattnr

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Meinen Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555428_0129



Skizze des Annastiftes mit Weg des O. L.

Somnambulismus und verwandte Bewußtseinsstörungen in ihrer gerichtsärztlichen Bedeutung an Hand eines Falles.

Zur Einleitung in mein Thema stelle ich einen Fall von Somnambulismus vor, der kürzlich dem Gerichtsarzt der Akademie zur Begutachtung vorlag. Ich entnehme den Akten des Amtsgerichts folgenden Tatbestand:

Die Kriminalpolizei wurde am 29. Dez. 1928 vom Annastift wegen eines vermeintlichen Einbruchdiebstahls angerufen. Die Polizei stellte an den Spuren fest, daß der Täter in der Nacht zum 29. Dez. 1928 von der Eiskellerstraße aus über die ca. 2,30 m hohe Mauer des Annastiftes, die oben mit Stacheldraht versehen ist, kletterte. An der Regenrinne arbeitete er sich bis zur Höhe des 1. Stockes empor, wo er über ein ca. 5 m langes, 20 cm breites Dachgesimse auf einen Balkon des ersten Stockwerkes gelangte. Von hier aus drückte er das Fenster des Zimmers einer zur Zeit in Urlaub weilenden Lehrerin ein und gelangte auf diese Weise in das Zimmer; es war verschlossen, doch fand sich ein Reserveschlüssel vor, sodaß O. L. die Tür mit dem Schlüssel öffnen konnte. Allem Anschein nach hat er sich in diesem Zimmer vollkommen entkleidet und dann seine Kleidungsstücke auf den Balkon des Zimmers gelegt, wo sie mit Ausnahme des Mantels nach-

träglich gefunden wurden. Die Schuhe dagegen befanden sich in dem Zimmer. Das Bett in diesem Zimmer war durchwühlt, als wenn jemand darin geschlafen hätte. Ferner riß O. L. in diesem Zimmer den Steckkontakt von der Wand. Gegen 2 Uhr nahm er die Tischlampe, deren Licht durch eigene Batterie erzeugt wird, vom Tisch weg und ging mit ihr aus dem Zimmer auf den Flur. Hier versuchte er, in die Zimmer zu gelangen, die aber verschlossen waren. Im 2. Stockwerk gelang es ihm, das durch Zufall unverschlossene Zimmer der Angestellten L. zu betreten. Hier stellte er sich an das Bett der L., leuchtete ihr mit einer Lampe ins Gesicht und murmelte einige unverständliche Worte. Auf das sofortige Schreien der L. verließ er fluchtartig das Zimmer und lief die Treppe hinunter bis zum untersten Flur. Die Flurtür, die zum Hof führt, war verschlossen. Nachdem O. L. den Riegel zurückgeschoben hatte, drückte er die Tür gewaltsam ein und gelangte somit auf den Hof. Von hier aus kletterte er mit Hilfe eines Gartentisches und Stuhles wieder über die Mauer nach der Eiskellerstraße. In den Kleidungsstücken, die O. L. auf dem Balkon zurückgelassen hatte, wurden verschiedene Papiere auf den Namen O. L., Arbeiter, geb. 29. Sept. 1905 zu Köln, wohnhaft Düsseldorf, Eiskellerstraße 6, gefunden. Zwei Kriminalbeamte begaben sich sofort in die Wohnung des O. L., die dicht hinter der Mauer des Annastiftes liegt, und fanden O. L. nackt im Bett schlafend.

Die **Anklage** gegen O. L. wurde wegen Hausfriedensbruchs erhoben.

Die Akten ergeben ferner als

Vorstrafen: 2. 9. 27 in Garmisch wegen Bettelns zu 3 Tagen Haft.
12. 4. 28 in Düsseldorf wegen Diebstahls in Tateinheit mit verbotenem Waffenbesitz zu 30 Mk. an Stelle von 3 Tagen Gefängnis.

Aussagen des O. L. bei der polizeilichen Vernehmung: Auf welche Weise ich in die Räumlichkeiten des Annastiftes gelangt bin, vermag ich nicht anzugeben. Ich hatte nämlich am gestrigen Abend derart viel getrunken, daß ich überhaupt nicht weiß, was mit mir vorgefallen ist. Ich bin erst wieder zu Verstand gekommen, als ich am heutigen Morgen (29. 12. 28) von der Kriminalpolizei aus dem Bett geholt wurde. Ob noch jemand in meiner Begleitung war, vermag ich infolge meiner totalen Trunkenheit nicht anzugeben. Im Verlaufe des Abends war ich in mehreren Lokalen, doch kann ich nicht angeben, ob sich dort jemand mir angeschlossen hat.

Die **Untersuchung** ergab, daß O. L., der bei seiner Großmutter aufgezogen wurde, schwach begabt ist. Seine Leistungen in der Volksschule waren derartig unzureichend, daß nur die tägliche Hilfe seiner Tante seine Ueberweisung zur Hilfsschule verhindern konnte. Schon als Kind zeigte O. L. verschiedentlich Absencen; keine Anfälle, keine Fugue. Die Tante dagegen litt in der Jugend an Anfällen mit Lippenbiß. Es ergibt sich also das Bild geistiger Beschränktheit in Verbindung mit epileptischer Veranlagung und Belastung.

In der Hauptverhandlung gab der Gerichtsarzt sein **Gutachten** dahin ab: Der Angeklagte ist als schwachsinnig und erheblich beschränkt zu bezeichnen. Er ist infolge dieses Schwachsinns in Verbindung mit der Wirkung des Alkoholgenusses bei dem hier fraglichen Vorfalle in einem Zustande von Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51 StGB. gewesen, durch welchen seine freie

Willensbestimmung ausgeschlossen war. Der Zustand entsprach demjenigen, was der Laie unter Somnambulismus versteht.

Urteil: Unter Zubilligung des § 51 StGB. **Freispruch** auf Kosten der Staatskasse.

§ 51 StGB. lautete: Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn sich der Täter zur Zeit der Begehung der Tat in einem Zustand von **Bewußtlosigkeit** oder **krankhafter Störung der Geistestätigkeit** befand, welcher die **freie Willensbestimmung** ausschloß.

Dieser Zustand muß bei O. L. bestanden haben, wenn ihm § 51 StGB. zu Recht zugebilligt wurde.

Bewußtlosigkeit kann hier nicht im Sinne des Fortfalles jeglicher Aufnahme- und Handlungsfähigkeit aufgefaßt werden, wie diese z. B. bei schweren Intoxikationen (Coma, Narkose, schwerstem Rausch), Hirnerschütterungen oder großen Anfällen (Epilepsie) vorliegt. In diesem Zustand ist der Betroffene nicht handlungsfähig, kann also strafrechtlich keines Vergehens schuldig werden. Das Reichsgericht hat vielmehr entschieden, daß „Bewußtlosigkeit" nach § 51 StGB. als ein Zustand von völligem Schwinden des Bewußtseins der Außenwelt aufzufassen ist, in dem ungeachtet der nicht beeinträchtigten physischen Fähigkeit äußeren Handelns das Selbstbewußtsein in der temporären Sinnesaufregung soweit untergegangen ist, daß dem Geiste die Erkenntnis des Wesens und Inhalts vorgenommener Handlungen, sei es überhaupt, sei es in einer bestimmten Richtung, mangelt".

Bewußtlosigkeit ist also im Sinne einer Trübung des Bewußtseins zu verstehen, einer erheblichen Störung der Einordnung des eigenen Ich gegenüber der Umgebung.

Wenn es nach Jahrreiß und Mayer-Groß auch nicht möglich ist, einen Begriff des Bewußtseins zu finden, der das ganze Bereich der sog. Bewußtseinsstörungen umfaßt, ist es zum Verständnis der Störungen des Bewußtseins doch gut, den Begriff des Bewußtseins zu definieren.

Das **Bewußtsein** ist nach Reichardt „derjenige psychische Zustand, welcher ein inneres seelisches Erleben (Wahrnehmen, Vorstellen, Denken usw.) möglich macht, und in welchem das Individuum sein eigenes Dasein und dasjenige der Außenwelt empfinden kann (Persönlichkeits- und Gegenstandsbewußtsein)". Kraepelin bezeichnet als Bewußtsein „die allgemeine Tatsache der inneren Erfahrung", den Ausdruck für das „Stattfinden der Umwandlung äußerer Eindrücke in psychische Vorgänge". Jaspers nennt „das Ganze des momentanen Seelenlebens" Bewußtsein, wie auch nach Hübner „das Wesentliche am Bewußtsein ist, daß es einmal dem Individuum die Erkenntnis der eigenen Persönlichkeit und deren richtige Einordnung in die Außenwelt ver-

mittelt, ferner aber auch im gegebenen Moment eine Reihe früher gemachter Erfahrungen und Vorstellungen auftauchen läßt, die geeignet sind, das Handeln des Menschen zu beeinflussen".

Unter **Bewußtsein** im **psychiatrischen Sinne** versteht man in der Regel gar nicht das Bewußtsein schlechthin, sondern, wie Jahrreiß sagt: „einen eigentümlichen Grad von Klarheit, Fülle, Beweglichkeit, Ablauftempo und Rangordnung des inneren Erlebens und der psychischen Funktionen". Diese Definition meint die einfache Tatsache, daß ein Mensch „wach, innerlich besonnen und im Benehmen geordnet ist".

Bewußtsein ist also vorhanden, sobald inneres Erleben vorhanden ist, doch nicht bei allen Menschen und jederzeit gleichmäßig. „Periodisches Schwanken der Aufmerksamkeit" (Wundt) können wir jeden Augenblick bei uns selbst konstatieren. „Bildlich stellen wir uns das Bewußtsein gewissermaßen als die Bühne vor, auf der die einzelnen seelischen Phänomene kommen und gehen; oder als das Medium, in dem sie sich bewegen. Dies Bewußtsein, das jedem psychischen Phänomen als psychischem eigen ist, wechselt seine Art auf sehr mannigfaltige Weise. Im Bild gesprochen wird z. B. die Bühne sehr eng (Bewußtseinsenge), das Medium trübe (Bewußtseinstrübung) usw. Um den Blickpunkt des Bewußtseins lagert sich ein nach der Peripherie hin immer dunkler werdendes Blickfeld" (Jaspers). „Jeder Reiz, der die Schwelle des Bewußtseins überschreiten soll, muß eine gewisse Stärke besitzen, die nicht unter den sog. Schwellenwert heruntersinken darf. Allein die Größe des Schwellenwertes wechselt je nach den Zuständen unserer Hirnrinde außerordentlich. Während sie bei gespanntester Aufmerksamkeit ihre niedrigsten Werte erreicht, kann sie in tiefster Ohnmacht unendlich werden, d. h. es genügen hier bisweilen selbst die allerstärksten Reize nicht mehr, um Bewußtseinsvorgänge auszulösen. Man kann demnach, je nach der Größe des Schwellenwertes verschiedene Helligkeitsgrade des Bewußtseins unterscheiden" (Kraepelin). Die höchste Stufe repräsentiert nach von Krafft-Ebing das sog. **Selbstbewußtsein,** „ein Zustand, in welchem der Vorstellende sich seiner vorstellenden Tätigkeit vollkommen bewußt ist. Er setzt eine ungestörte, der Willkür nicht unterworfene Sinneswahrnehmung (Aufmerksamkeit) und eine ungestörte Reproduktion aus dem Schatze des Gedächtnisses (Erinnerung) voraus.

Neben dieser Welt des selbstbewußten Seelenlebens steht, durch mannigfache Uebergänge vermittelt, eine Sphäre des **unbewußten psychischen Lebens,** die unendlich ausgedehnter und wichtiger ist, als die des Bewußten. Dieselbe ist unablässig tätig; sie verarbeitet die Erregungen, welche die sensiblen Nerven aus allen Provinzen des

Körpers der Hirnrinde zuführen zu Stimmungen; sie reguliert durch einen Akt von Selbstbewußtsein (Willen) angeregte Bewegungen". „Die Beziehungen zwischen körperlichem und seelischem Geschehen sind unserm Verständnis entzogen" (Bumke). Dennoch ist es wahrscheinlich, daß die psychischen Prozesse an physiologische Vorgänge in unserm Nervengewebe gebunden sind, teils an Vorgänge in der Großhirnrinde, teils an solche in infracorticalen Zentren, wobei nicht etwa jeder physiologische Prozeß qualitativ und quantitativ so geartet zu sein braucht, daß ihm eine psychische Reaktion entsprechen müßte. Ziehen glaubt vielmehr, daß nach unsern Erfahrungen im Bereich der allgemeinen Physiologie des Nervensystems mit der Möglichkeit zu rechnen wäre, daß „die in Rede stehenden tiefen **infracorticalen Zentren** unter einem hemmenden Einfluß der **Großhirnrinde** stehen, und daß deshalb, solange die Großhirnrinde und die von ihr zentrifugal ziehenden Bahnen intakt sind, die Erregungen jener Zentren infolge corticaler Hemmung die ihnen an sich zukommenden psychischen Begleitprozesse nicht haben". Kraus gelangt selbst zur Begriffsbildung einer **„Tiefenperson"**, die er als „eine schlechthin vitale, das tiefste Wesen des Menschen bildende, spontan dranghaft schöpferische, primär angelegte, nicht erst reaktiv entstandene Instanz" charakterisiert und ihr die zentralistisch organisierte, zielstrebend bewußte, stammesgeschichtlich jüngere **„corticale"** Person gegenüberstellt.

Aus vorstehenden Ausführungen über die verschiedenen Komponenten, aus denen das normale Bewußtsein resultiert, erhellt, daß **Trübungen des Bewußtseins** in der verschiedensten Weise zum Ausdruck kommen können, je nach ihrer Intensität und je nach Art und Umfang der betroffenen Gebiete.

Im tiefen Schlaf ist das Bewußtsein für kurze Zeit vollkommen ausgeschaltet; allmählich kehrt es dann in Gestalt von **Träumen** zurück, d. h. der Schwellenwert für äußere und besonders für innere Reize nimmt wieder ab, auch leichtere Reize werden wahrgenommen, doch fehlt noch der associative Zusammenhang und damit die Orientierung. So kommt es, daß diese Reize wahnhaft umgedeutet werden, das Licht einer Laterne im Traum die Vorstellung einer Feuersbrunst auslöst, Atemnot zum Alpdruck, Angst- und Verfolgungserlebnissen führt. In der Regel ist in diesem Stadium der physiologischen Bewußtseinsstörung die motorische Erregbarkeit noch vollkommen ausgeschaltet, doch sind Lageveränderungen, Abwehrbewegungen und gelegentliche sprachliche Aeußerungen durchaus noch nicht als atypisch zu betrachten. Sie sind aus der individuell verschiedenen motorischen Erregbarkeit zu erklären, die auch im Wachzustand in der unterschiedlichen Reaktion verschiedener Menschen auf den gleichen Reiz zum Ausdruck

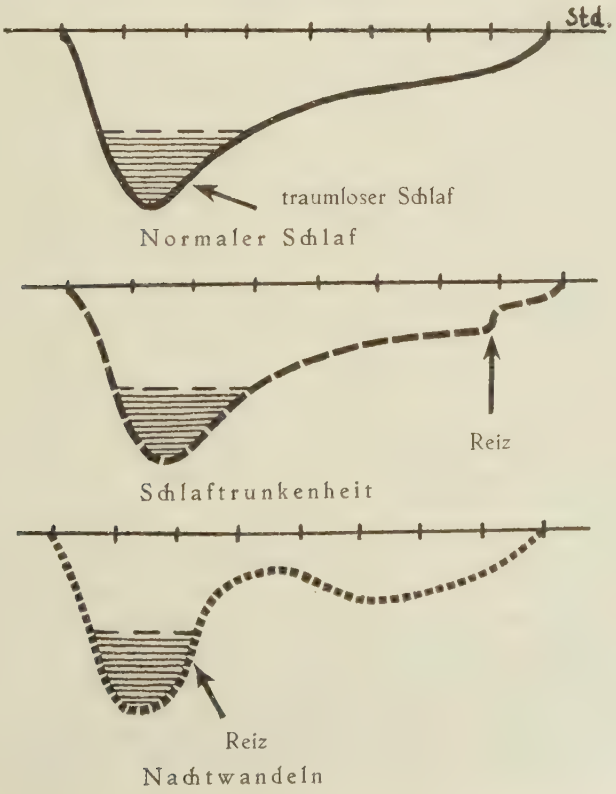
kommt, und werden um so seltener sein, je tiefer der Schlaf ist, denn nach Trömners Selbstbeobachtungen beim Einschlafen wird zunächst die corticale Reaktivität der motorischen, dann der affektiven, dann der apperzeptiven und zuletzt der associativen Vorgänge reduziert.

Nehmen wir an, daß beim Erwachen die Reihenfolge dieser Vorgänge umgekehrt ist, und tritt nun eine Verlangsamung und Verschiebung in der Folge dieser Vorgänge auf, dergestalt, daß die Wiederkehr der motorischen Erregbarkeit den übrigen Phasen weit vorauseilt, oder, was häufiger ist, eine isolierte transitorische Enthemmung der Motorik erfolgt, so resultieren jene Zustände, die als Somniloquie und **Somnambulismus** bekannt sind. Während das Bewußtsein noch traumhaft befangen ist, können schon coordinierte Bewegungen komplizierter Art unter dem Einfluß der Traumvorstellungen zustande kommen. Aehnliche Zustände stellen sich ein, wenn bei plötzlichem Erwecken aus dem Schlaf das Selbstbewußtsein die Verbindung zur Außenwelt noch nicht aufgenommen hat, während unter dem Einfluß des unerwarteten Uebergangs und aus dem Traumleben mit herübergenommener Sinnestäuschungen gesteigerte Affektivität zu unbesonnenen, ja vielfach gewalttätigen Handlungen führt. Der Unterschied zwischen diesem Zustand der **Schlaftrunkenheit** und dem oben erwähnten Schlafwandeln ist kein grundsätzlicher, mag er auch in der Praxis, und besonders in forensischer Hinsicht, eine vollkommen verschiedene Beurteilung erfahren. Denn die Handlungen des Schlaftrunkenen sind infolge der Schreckwirkung beim plötzlichen Erwachen fast immer affektive, abwehrende, damit gewalttätige; die Handlungen der Schlafwandler nur dann, wenn der Inhalt ihrer Träume sich zufällig auf Verfolgung, Notwehr und dergleichen bezieht. So beschrieb Fodéré, wie ein Mönch, der davon träumt, daß sein Prior seine Mutter ermordet hat, in somnambulem Zustande mit einem Dolch in die Zelle seines Priors geht und mehrmals in das Bett sticht, ohne zu bemerken, daß der Prior noch an seinem Schreibtisch arbeitet. — Im übrigen beziehen sich die Handlungen der Schlafwandler fast immer auf gewohnte Tätigkeiten, die gleichsam mechanisch vorgenommen werden. Neue Kombinationen werden nur selten ausgeführt, sind fast nur aus romanhaften Schilderungen bekannt und erweisen sich bei genauer Untersuchung fast nie als reine Fälle von Somnambulismus. Auch die nur aus dem Freud'schen Ideenkreis heraus erklärliche Ansicht Sadgers, eines Schülers von Freud, möchte ich hier entschieden ablehnen, obgleich mein Ausgangsfall leicht als Beispiel dafür verwandt werden könnte: „Das Nachtwandeln dient dem Wunsche, sich zur geliebten Person ins Bett zu legen, wie in der Kindheit. Nicht selten kommt es beim Nachtwandeln zur Identifikation mit einer geliebten Person. Es ist wohl zweifellos, daß das himmlische Licht (das ist der Mond), an das Licht

in der Hand eines geliebten Elternteils erinnert, der nächtlich in besorgter Liebe den Schlaf des Kindes kontrolliert".

Wird die Schlaftrunkenheit durch starke äußere Reize ausgelöst, so beginnt das Schlafwandeln anscheinend spontan. Doch erscheint es mir wahrscheinlich, daß auch hier das auslösende Moment in der Einwirkung von Reizen zu suchen ist. Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Anfälle von Somnambulismus fast immer wenige Stunden nach dem Einschlafen einsetzen, und daß der Einwirkung des Mondenscheines gerne eine auslösende Wirkung zugeschrieben wird. Nun wissen wir nach den Untersuchungen von Kohlschütter, Mönninghoff und Piesbergen, daß der Schlaf sich anfangs sehr schnell, dann langsamer vertieft, nach 1—2 Stunden die größte Tiefe erreicht, darauf sich anfangs schneller, dann langsamer wieder verflacht und schließlich mehrere Stunden vor dem Aufwachen in fast gleicher, sehr geringer Tiefe verharrt.

Schlaf-Kurven.



Beachten wir nun, daß die Zeit der ziemlich plötzlichen Abflachung der Schlaftiefenkurve zeitlich mit dem häufigsten Eintreten des Nachtwandelns zusammenfällt, so erscheint es doch immerhin wahrscheinlich, daß der ziemlich rasche Uebergang vom tiefen zum leichteren Schlaf, der auch durch Absinken der Reizschwelle das Auftreten von Träumen ermöglicht, bei vorhandener Disposition einen ausreichenden Reiz zur Erweckung von Apperzeption und motorischer Erregbarkeit darstellen kann. Die mystische Wirkung des Mondenscheines erklärt sich ganz ungezwungen in der Weise, daß der tief Schlafende bei dem physiologischen Uebergang zu leichterem Schlaf mit wachsender corticaler Reaktivität durch die Helligkeit des Mondlichtes, daß er im tiefsten Schlaf nicht wahrnehmen konnte, noch weiter erwacht, der Abfall der Schlaftiefenkurve noch steiler und somit der Uebergang zum Schlafwandeln noch weiter erleichtert wird. Das fast ausschließliche Vorkommen des Schlafwandelns und der Schlaftrunkenheit bei Psychopathen, Neuropathen und Jugendlichen im Pubertätsalter erklärt sich u. a. aus der abnorm gesteigerten Reizbarkeit, die diese Individuen auch im wachen Zustande auszeichnet.

Aehnliche Zustände wie beim Schlafwandeln finden sich auch außerhalb des im Schlaf gleichsam physiologisch veränderten Bewußtseins in Form von **Dämmerzuständen.** Ihr Vorkommen ist hauptsächlich an die Grundlage epileptischer und hysterischer Disposition, toxischer (bes. alkoholischer) Zustände und traumatischer Veränderungen geknüpft, sei es nun, daß sie sich, ähnlich wie das Schlafwandeln beim Uebergang vom bewußtlosen Schlaf zum Traum, aus tiefster Bewußtlosigkeit des großen Anfalls, toxischen oder traumatischen Comas als Uebergangsstadien zum normalen Bewußtsein entwickeln, oder daß sie selbständig als sog. Aequivalente dieser Erscheinungen auftreten. Aus dieser Entwicklung aus einer Bewußtlosigkeit heraus, aus der vor Ablauf der krankheitsbedingten Zeit kein Erwecken möglich ist, wird es ohne weiteres verständlich, daß die Abweichungen des Bewußtseins gegenüber dem Wachzustand bei diesen Dämmerzuständen im allgemeinen viel beträchtlicher sein werden, als beim Schlafwandeln, wenn auch je nach Entstehung und Schwere des Dämmerzustandes alle Uebergänge von schwerster Desorientierung bis zu kaum bemerkbarer Bewußtseinsveränderung vorkommen. Auch die im Dämmerzustand vorgenommenen Handlungen können trotz größter Bewußtseinseinengung planmäßig und zielbewußt erscheinen, sodaß sie oft für bewußte und gewollte Handlungen gehalten werden. Doch wird die zu Grunde liegende Bewußtseinstrübung bei genauer Beobachtung durch einzelne sinnlose Handlungen, falsche Deutung einzelner Vorgänge in der Außenwelt oder übermäßigen Einfluß einzelner Bewußtseinsinhalte meist bald offenkundig. Diese Einengung des Bewußtseins ermöglicht sogar

Kraft-, Geschicklichkeits- und Dauerleistungen, zu deren der Kranke außerhalb des Dämmerzustandes beim besten Willen nicht fähig ist, ja, die vielfach das Maß des normalerweise Menschenmöglichen weit überschreiten. Von Krafft-Ebing erklärte sie durch die Hemmungslosigkeit des Kranken, „der in seinem gestörten Bewußtsein keine Gefahr, keinen Schwindel und kein Ermüdungsgefühl wahrnimmt, und so befähigt wird, seine volle Muskelkraft einzusetzen, gerade wie auch der Gesunde in einem Affekt der Verzweiflung, in Todesgefahr z. B. Außergewöhnliches zu leisten vermag". Auch im Wachzustand können gewohnte Handlungen ohne Ueberlegung vorgenommen werden, sobald der erste Impuls dazu einmal gegeben ist, wenn auch hier das Bewußtsein jederzeit in der Lage ist, in den Ablauf dieser Vorgänge einzugreifen.

Aus neueren Untersuchungen wissen wir, daß die Ausführung unserer Bewegungen extrapyramidal, striär bedingt ist. Selbst kompliziertere Bewegungen, wie Laufen, Springen, Schwimmen, Reiten, Radfahren, die nur mit Hilfe des Bewußtseins gelernt werden können, werden nach genügender Uebung rein reflektorisch ausgeführt, während das Bewußtsein anderen Aufgaben zugewandt, oder wie bei Dämmerzuständen und anderen Bewußtseinsstörungen verändert ist. Ja, da die Reaktionszeit der corticalen Zentren bedeutend länger ist, als die der subcorticalen, muß jede willkürliche Beeinflussung den normalen Ablauf der Bewegungen stören, wie dies aus dem Sport bekannt ist, und zum Teil auch wohl die Unfälle beim Erwecken aus somnambulen Zuständen bedingt. Auch Ermüdung tritt bei den subcorticalen Zentren und ihren Erfolgsorganen erst bedeutend später auf, als bei der Großhirnrinde — ein weiterer Beweis für das Vorherrschen subcorticaler Einflüsse, oder um mit Kraus zu sprechen, das Freiwerden der Wirksamkeit der „primär angelegten, dranghaft schöpferischen Tiefenperson", bei abnormen Leistungen im Dämmerzustand. „Die intensive, durch nichts beirrte Art der Ausführung solcher Handlungen entspricht höchstwahrscheinlich einer zwar beschränkten, aber konzentrierteren und in besonderem Maße affektbetonten Großhirnrindentätigkeit. Die Ausführung der außergewöhnlichen Kraft- und Geschicklichkeitsleistungen wird ermöglicht einerseits durch die Enthemmung des Extrapyramidiums, andererseits durch eine erhöhte Ansprechbarkeit aller oder einzelner subcorticaler Zentren unter Zurücktreten des Großhirnrindeneinflussess bzw. unter einer bestimmten Modifikation desselben" (Volland).

Das Selbstbewußtsein ist bei diesen Dämmerzuständen mindestens ebensoweit ausgeschaltet wie im Traum, bei abnormen Leistungen durch die zwangsläufig damit verbundene weitgehende Störung der Hirnrindentätigkeit noch weit mehr, sodaß eine **Erinnerung** an die Vorgänge während des Dämmerzustandes im besten Falle traumhaft

ist, meist aber fehlt. Wohl ist es möglich, daß in späteren Zuständen von Bewußtseinsstörung wieder klare Erinnerungsbilder auftreten, wie dies besonders aus der Hypnose bekannt ist. Zu den Vorstellungen des wachen Lebens bestehen meist zu wenig Beziehungen, um eine Erinnerung aufkommen zu lassen, denn „Erinnerung" ist nach Hoche „einmal die Erneuerung eines früheren psychischen Geschehnisses (Vorstellung, Gefühl usw.), und zweitens das Wiedererkennen desselben als eines eigenen".

Wenn nun auch Casper und Liman die Erinnerung als das Kriterium für Bewußtsein oder Nichtbewußtsein ansehen, ist doch forensisch für die Diagnose eines Dämmerzustandes mit der Feststellung einer Amnesie nicht viel gewonnen, denn die Glaubwürdigkeit eines irgendwie kriminell Gewordenen wird selten so zweifelsfrei feststehen, daß daraus für die Exculpation des Betroffenen so bedeutsame Schlüsse gezogen werden könnten. Nur im Falle einer **retrograden Amnesie,** d. h. einer Erinnerungslosigkeit auch für die Zeit vor der Bewußtseinsstörung, die sich meist nur bei weitgehenderen Hirnschädigungen findet, ist ein nahezu sicheres diagnostisches Hilfsmittel gegeben, doch gerade in solchen Fällen werden auch die übrigen Symptome schon eindeutig genug sein. Einen klassischen Fall dieser Art schildert Strümpell:

Ein 46jähriger Landwirt erlitt Anfang Juni 1893 eine Kopfverletzung, an welche sich zwei Tage nach dem Unfall 5 epileptische Anfälle anschlossen. Am folgenden Tage trat Erysipel des Kopfes auf. Nach einer Woche Besserung und Erholung; jedoch fehlte dem Patienten nicht nur die Erinnerung für die Zeit der Krankheit, sondern auch für ¼ Jahr vorher. Er wußte weder von seiner Verletzung, noch von seinen Krampfanfällen, noch von einer Reise, die er eine Woche vor dem Unfall unternommen hatte, noch was er im Frühjahr gesät hatte. Nur an einzelne Zustandsbilder erinnerte er sich dunkel, wie an einen Traum. Nachdem Patient noch im Oktober einen und im November zwei weitere Anfälle gehabt hatte, trat bis 1894 keiner mehr auf, aber die Amnesie bestand unverändert.

Wird die Vernehmung sehr bald nach der in Frage stehenden Tat vorgenommen, so ist es möglich, daß der Dämmerzustand noch fortbesteht und der Täter Aussagen macht, an die er nach Ablauf des Dämmerzustandes nicht die geringste Erinnerung mehr zu haben braucht; oder der Zustand veränderten Bewußtseins ist zur Zeit der Vernehmung soeben abgelaufen, während die Erinnerung noch nicht vollkommen verblaßt ist. Auch momentane Unterbrechungen des Dämmerzustandes, besonders durch äußere Reize, wiederholte eindringliche Fragen usw. kommen vor und können zu Aussagen führen, die nicht als Beweise gegen Amnesie und Bewußtseinsstörung angeführt werden können.

Neben Bewußtlosigkeit bewirkt laut § 51 StGB. ein Zustand von **krankhafter Störung der Geistestätigkeit** zur Zeit der Begehung der

Tat Straffreiheit. „Diesen Ausdruck „Störung“ hat man gewählt, um auch Psychosen vorübergehender Art zu treffen, wie **Delirien, Schwangerschaftspsychosen** usw., nicht aber in der Meinung, daß dadurch angeborene Geisteskrankheiten (wie sie bei „psychopathischen Persönlichkeiten“ die Regel bilden) ausgeschlossen werden sollten“ (Frank). In den Delirien, die meist auf toxischer, infektiöser oder traumatischer Grundlage entstehen, ist eine noch stärkere Abwendung von der Außenwelt als bei den Dämmerzuständen gegeben. Ihr hervorstechendstes Merkmal ist die vollkommene Verwirrtheit bei massenhaften Sinnestäuschungen und ungeheurer motorischer Unruhe wohl infolge direkter Reizung der entsprechenden Hirnzentren. Sie sind neben den echten Geisteskrankheiten hauptsächlich unter krankhafter Störung der Geistestätigkeit gemeint.

Sollen Bewußtlosigkeit und krankhafte Störung der Geistestätigkeit die Straffälligkeit aufheben, müssen sie laut § 51 StGB. die **freie Willensbestimmung** zur Zeit der Tat ausgeschlossen, also einen gewissen Grad der Abweichung vom Normalen erreicht haben. „Ueber die Grenzen entscheidet die Anschauung des Lebens“ (Birkmeyer). Die philosophische Hypothese des Determinismus, der Lehre von der strengen Naturnotwendigkeit alles Geschehens, kann für die Gesetzgebung nicht maßgeblich sein, wenn sie von ihren Strafmaßnahmen eine Wirkung auf den zu Bestrafenden und die Allgemeinheit erwarten will. Das gesamte Strafrecht basiert daher auf der Freiheit der Willensbestimmung. Eine Stütze findet sie dafür in der nicht wegzuleugnenden Erfahrungstatsache des Verantwortlichkeitsgefühls im normalen Menschen und des Bewußtseins, daß er anders hätte handeln können, wenn er gewollt hätte. Die Entstehung unserer Willensentschlüsse stellen wir uns im Anschluß an Schopenhauer so vor, daß äußere Geschehnisse unsere sensorischen Nerven reizen, diese die Wahrnehmungen zum Zentralnervensystem fortleiten, wo sie mit Hilfe unserer Verstandes- und Willenskraft zu Vorstellungen und Willensreizen verarbeitet werden, die schließlich Willensentschlüsse erzeugen. Es liegt auf der Hand, daß bei „Bewußtlosigkeit“ im Sinne des § 51 StGB. und krankhafter Störung der Geistestätigkeit in der Folge dieser Zusammenhänge an den verschiedensten Stellen Unterbrechungen und Abweichungen möglich und wahrscheinlich, aber nicht unbedingt erforderlich sind. Der Fall wird also jedesmal daraufhin zu untersuchen sein, ob der Angeschuldigte zur Zeit der Begehung der Tat in der Lage war, den Anreiz zum Handeln richtig zu erkennen (was z. B. bei wahnhafter Verkennung der Außenwelt ausgeschlossen ist), zu deuten und zu werten, um gegebenenfalls Hemmungsvorstellungen geltend machen zu können.

Im vorliegenden **Falle des O. L.** war die freie Willensbestimmung zur Zeit der Begehung der Tat zweifellos durch einen Zustand von

Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 StGB. ausgeschlossen. Das geht aus dem ganzen Tatbestand klar und deutlich hervor. Die Anklage wurde wegen Hausfriedensbruches erhoben, denn O. L. ist „widerrechtlich in das umfriedigte Besitztum“ des Annastiftes eingedrungen, hat sogar ein Fenster eingedrückt und die Flurtür gewaltsam zertrümmert. Aber die Tatsache, daß er vor diesem Einbruch trotz der kalten Winternacht sich seiner Kleider entledigte und sie mitsamt seinen Papieren an einer Stelle niederlegte, an der sie mit Sicherheit entdeckt werden mußten, beleuchtet, abgesehen von den übrigen ungereimten Handlungen, schlagartig seinen Zustand zur Zeit der Begehung der Tat.

O. L. muß in einem jener Zustände von Bewußtseinstrübung befangen gewesen sein, die für Dämmerzustände charakteristisch sind. **Somnambulismus** im eigentlichen Sinne des Wortes, Schlafwandeln (somnus — der Schlaf, ambulare — wandeln), ist wohl mit Sicherheit auszuschließen; hätte O. L. wirklich vorher schon geschlafen, so würde er sich auch mit größter Wahrscheinlichkeit vorher schon ausgezogen haben und somit garnicht in die Gelegenheit gekommen sein, seine Kleider auf den Balkon des Annastiftes zu legen. War aber seine Müdigkeit, begünstigt durch den Alkoholgenuß, so groß, daß er sich in Kleidern und Schuhen zum Schlafen niederlegte, so ist es nicht einzusehen, warum er dann in einem im Laufe des Schlafes auftretenden Zustande von Nachtwandeln, nach Zurücklegung eines längeren Weges und Ueberwindung schwierigster Hindernisse, ausgerechnet erkennen sollte, daß er sich noch nicht entkleidet habe. Alle Zeichen sprechen vielmehr dafür, daß er in wahnhafter Verkennung der Umgebung sich erst im Bett der Lehrerin zum Schlafen niederlegte, und, als er dann aus irgendeinem Grunde doch bemerkte, daß es nicht das Seine war, mit der Lampe in der Hand umherirrte, um sein Bett zu suchen. Weiter erscheint es auch nicht sehr wahrscheinlich, daß ein Mensch, der sich aus dem Schlaf erhebt und umhergeht, während der langen Zeit, die die Ausführung dieses „Hausfriedensbruches“ erforderte, nicht aufwachen, sondern zu derartig komplizierten Handlungen, wie sie das Hochklettern an der Mauer und Dachrinne und das Balancieren über ein 20 cm breites Dachgesimse darstellt, in der Lage sein sollte. Auch das Geräusch und Gefühl beim Eindrücken der Fensterscheibe wird dem O. L. wohl kaum so geläufig gewesen sein, daß es nicht einen starken Weckreiz dargestellt haben müßte. Zwar sind auch aus der Literatur ähnliche Fälle bekannt, in denen von Somnambulen komplizierte Handlungen vorgenommen wurden, wie z. B. der Mönch, der seinen Prior ermorden wollte u. a. Fälle, doch sie entstammen meist der älteren Literatur, aus einer Zeit, als man „übersinnlichen Einflüssen“ noch nicht immer mit der notwendigen Kritik gegenübertrat und die

feineren Symptome krankhafter Störung noch nicht so bekannt waren wie zu unserer Zeit.

Stembiß berichtet einen Fall von einem Irrenwärter, der nachts aufsteht und forteilt, um einen vermeintlich entfliehenden Patienten zu verfolgen. Erregt durch die Wahrnehmung höhnender Zurufe des Entfliehenden gerät er sogar in Gestrüpp und Wasser, bis er schließlich ganz erschöpft die Verfolgung aufgeben muß und zurückkehrt. Die Erinnerung ist lückenhaft, doch ist er äußerst schwer zu überzeugen, daß der Patient nicht entflohen ist. Vor und nach diesem Vorfall war der Mann immer gesund, hatte auch am Tage vor dieser Nacht keinerlei Aufregung gehabt; Trunkenheit lag ebenfalls nicht vor.

Auch der Fall von Dietze dürfte wohl ähnlich zu beurteilen sein:

Hausdiener L. begibt sich nach angestrengtem Tageswerk um 12 Uhr zur Ruhe. Gegen 2 Uhr morgens Brandstiftung auf dem Dachboden und Stall. Gibt dabei geordnete Antworten und geht planvoll zu Werke. L. hatte von einem tags vorher stattgehabten Brand in der Stadt erfahren und die Schilderung hatte einen gewissen Eindruck auf ihn gemacht. — Nach der Tat Rückkehr in das Wachzimmer. Tiefer Schlaf, totale Amnesie. („Es ist mir alles wie ein Traum".) Vater an Trunksucht verstorben. Nie Bettnässen, nie Krämpfe. Tiefe Intellektstufe. Früheres Schlafreden sicher beobachtet. Keine Stigmata von Epilepsie und Hysterie. Freispruch.

Er steht an der Grenze zu den Zuständen, die Binswanger **Hysteroscmnambulismus** nennt, „pathologische Bewußtseinszustände, welche im Wachen auftreten und sich anfallsweise gewissermaßen in den normalen Bewußtseinszustand hineinzwängen". Binswanger selbst beschreibt dazu einen Fall, den er zwar Noctambulismus nennt, der aber auf hysterischer Grundlage entstand und geradezu ein klassisches Beispiel dafür bietet, wie fließend die Uebergänge zwischen echtem Nachtwandeln und den Dämmerzuständen aus verschiedenster Ursache sind. „Der häufigste, auch den Gesunden wohlbekannte Dämmerzustand ist der Schlaf" (Kraepelin).

Fall: Ein 21jähriger Student, welcher infolge eines Schrecks von hysterokataleptischen Anfällen und schweren hallucinatorischen Erregungszuständen befallen wurde, bekam plötzlich noctambule Zustände, in denen er laute Reden hielt, die sich auf das Thema seiner Doktorarbeit bezogen. In andern Fällen stand er schweigend vom Bett auf, setzte sich an den Tisch, rückte sich die Nachtlampe zurecht und begann an seiner Doktorarbeit weiterzuschreiben. Er kehrte dann nach wenigen Minuten ins Bett zurück und schlief weiter. Es ist bemerkenswert, daß die niedergeschriebenen Sätze durchaus im Gedankengang der Arbeit gehalten waren, jedoch aus dem Zusammenhang gerissene, schlecht stilisierte Fragmente eines Vorstellungsinhalts im wachen Zustand darstellten. Für diese Vorgänge fehlte ihm morgens jede Erinnerung.

Auch die verschiedenen Dämmerzustände zeigen meist keine für das Grundleiden charakteristischen Merkmale. Es sind zwar die verschiedensten Versuche gemacht worden, Charakteristica für jede einzelne

Gruppe zu finden; so Jahrreiß: „Bei Kranken, die im Dämmerzustand verreisen und plötzlich in einer fremden Stadt erwachen, handelt es sich um „hysterische Dämmerzustände", denen das Charakteristicum der Benommenheit fehlt. Es ist durchaus die Regel, daß sich bei den wirklich organischen Dämmerzuständen, also auch den epileptischen, Zeichen der Benommenheit nachweisen lassen". Binswanger, Hamburger u. a. Autoren wissen jedoch auch genügend Fälle für epileptischen, psychopathischen usw. Wandertrieb anzuführen, da er eben wie Pyromanie, Kleptomanie, Exhibitionismus usw. eine Triebhandlung darstellt, die bei allen den Kranken möglich ist, bei denen infolge „Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit" die Persönlichkeit nicht mehr in der Lage ist, einen harmonischen Ausgleich zwischen Trieben und Hemmungsvorstellungen zu schaffen.

Wollenberg berichtet einen solchen Fall nach einer Beobachtung Siemerlings:

D., Lehrer bei Berlin, will früher gesund gewesen sein, hatte 1887 den ersten Krampfanfall mit vorübergehender Verwirrtheit. — Nach einigen Monaten, während deren er an periodisch exacerbierenden Kopfschmerzen gelitten und mehrfach Absencen gehabt hatte, ein Dämmerzusand. — Im April 1888 Zunahme der Kopfschmerzen, kann schwer seine Gedanken zusammenhalten, fährt nach Berlin, taumelt dort beim Aussteigen, sodaß der Schaffner ihm hilft, kommt mühsam die Treppe hinunter, verliert von da an die Erinnerung, weiß nur, daß es Abend war, als er an einem Schalter ein Billett „an's Meer" verlangte. Auf die Frage, wohin er denn wolle, sagt er, da ihm der Name gerade einfällt: „nach Amsterdam". Von da an ist es ihm, als habe er geschlafen und geträumt; er hat Löwen und Tiger gesehen und ist selbst in einem Wald spazieren gegangen; dieser fing an zu brennen und die Tiere flohen an ihm vorüber. Dazwischen hörte er den Schaffner rufen: „Amsterdam"; indessen war es ihm, als habe seine Frau ihn mit dem Rufe „Aufstehen" geweckt. Erstaunt sah er sich in fremder Umgebung, inmitten fremder Menschen, und hörte an der Sprache, daß er sich wirklich in Amsterdam befände. Er verließ weinend das Coupé. — Die Erinnerung an das Folgende ist wieder lückenhaft; er entsinnt sich nur gewisser Einzelheiten, wie er sich von einem Dienstmann einen deutschen Gasthof zeigen ließ, an seine Frau eine Karte schrieb usw. — Am folgenden Morgen erwachte er ganz gesund, konnte sich aber nicht entsinnen, wie lange er schon in Amsterdam war; er glaubte, bereits 8 Tage von zu Hause fort zu sein. Er erhielt ein Telegramm von seiner Frau und reiste zurück. Zu Hause hatte er nach einigen Wochen im Anschluß an einen Aerger wieder einen Dämmerzustand, in dem er in die Küche lief, ein Messer ergriff, um sich zu schneiden und dann einen Krampfanfall bekam; ähnliche präepileptische Dämmerzustände wiederholten sich noch mehrmals.

Auch Hübner findet einige gute Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose der Dämmerzustände, die kurz zusammengefaßt folgende Uebersicht ergeben:

epileptische Dämmerzustände

Denken unzusammenhängend, „Incohärenz", führen häufiger zu Straftaten als

hysterische Dämmerzustände

„Vorbeireden"

Falsche Antworten auf Fragen, deren Sinn Patient richtig verstanden hat.

alkoholische Dämmerzustände

Falsche Deutung einzelner Vorgänge in der Außenwelt.

Ebenso Rosenfeld: „Für die hysterische Umdämmerung läßt sich gelegentlich zeigen, daß in dem veränderten Bewußtseinszustand die betreffende Person die Situation als Ganzes doch noch erfaßt hat und immer noch in gewissen associativen Verbindungen mit der Außenwelt stand, während bei epileptischen Zuständen die associativen Verbindungen, wenn sie überhaupt vorhanden sind, sich nur auf einzelne nebensächliche Details zu beziehen pflegen". Bumke weist darauf hin, daß somnambule Zustände bei Hysterischen gewöhnlich ziemlich gehäuft auftreten, um dann nach Umweltwechsel usw. plötzlich zu verschwinden, und Weygandt stellt fest, daß fast $^9/_{10}$ der Kranken mit genuiner Epilepsie hereditär belastet ist, mehr als ¼ durch gleichnamige Vererbung. Aber dies alles hat letzten Endes doch nur statistischen Wert; für die Beurteilung des einzelnen Falles wird man sich des Hinweises Siemerlings erinnern müssen, daß ein sehr wichtiges Charakteristikum der epileptischen Dämmerzustände gerade das Nebeneinander von anscheinend geordneten, gleichgültigen Handlungen und unauffälligen Erscheinungen einerseits und unerwarteten auffallenden Handlungen andererseits darstellt. Eine eindeutige Diagnose ist also in manchen Fällen von Dämmerzuständen einfach nicht möglich, ebensowenig, wie die Trennung der Grundkrankheiten immer durchführbar ist. Zwar muß für die klinische Diagnose „die Wesensverschiedenheit der beiden großen Krankheitsbilder als das Wesentliche und als Rocher de bronze gelten" (Vogt), doch gehören Mischformen im Sinne der Hysteroepilepsie (Binswanger) und Neurosenaddition (Bratz, Falkenberg) durchaus nicht zu den Seltenheiten; pathologischer Rausch kommt gar nur auf dem Boden psychopathischer Konstitution vor, es ist also bei der Diagnose meist dem Autor überlassen, die Erscheinungen als pathologischen Rausch zu charakterisieren, oder dem Alkohol nur eine auslösende Wirkung auf die in der Grundkrankheit gelegene Bereitschaft zu Dämmerzuständen zuzuschreiben.

Für die gerichtsärztliche Beurteilung wird man sich im wesentlichen darauf beschränken müssen, einen Dämmerzustand festzustellen, wenn sich die charakteristischen Merkmale:

1. Kontinuitätsunterbrechung des normalen Bewußtseins,
2. systematische Einengung des krankhaft veränderten Bewußtseins auf einen „Ideenkreis",
3. relativ geordnetes Benehmen (Jahrreiß)

nachweisen lassen; die Diagnose hysterischer, epileptischer, alkoholischer, paranoider, episodischer Dämmerzustand, pathologischer Rausch usw. muß dann in der Regel aus der genauen Anamnese und späteren Beobachtung gestellt werden, zumal zuverlässige Beobachtungen sachverständiger Zeugen bes. bei nächtlichen Zuständen nur höchst selten vorliegen werden.

So mußte auch im vorliegenden Falle vorgegangen werden. Die Gerichtsakten ergaben die notwendigen Anhaltspunkte für die Diagnose eines Dämmerzustandes; das normale Bewußtsein war insofern unterbrochen, als O. L. anfangs nicht in der Lage war, seine Umgebung richtig zu erkennen, die Einengung seines Bewußtseins auf einen „Ideenkreis" spricht aus der konsequenten Verfolgung des Vorsatzes, sein Zimmer zu erreichen und das richtige Bett zu finden. Sein Benehmen muß dabei relativ geordnet gewesen sein, sonst wäre er zu derartigen Kletterkunststücken und zu der fast mit Ueberlegung ausgeführten Flucht nicht imstande gewesen; daß es allerdings nur relativ geordnet war, bezeugt die Aussage der L., er habe unverständliche Worte vor sich hingemurmelt.

Die Vermutung eines absichtlich vorgenommenen **Einbruchs**, auf den zunächst die Anklage ging, kann angesichts des ganzen Tatbestandes nicht im Ernst erwogen werden. Denn, wäre er zum Zwecke eines Diebstahls erfolgt, hätte O. L., solange er unbeobachtet war, bestimmt erst das Zimmer der Lehrerin ausgeräumt, ehe er zu seiner weiteren Wanderung durch das Haus überging. Handelte es sich aber darum, einer im Annastift wohnhaften Person aus irgendwelchen Gründen etwas anzutun, so wäre der Täter zweifellos noch weit vorsichtiger zu Werke gegangen, hätte sich nicht durch den Schein der Lampe und das Murmeln selbst bemerkbar gemacht, und wäre auch wohl kaum so unverrichteter Dinge wieder entflohen, nachdem der Möglichkeit zu einem Angriff auf die L. derartig wenig im Wege stand. Die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit, in Gestalt der Kleider und Papiere eine Visitenkarte zu hinterlassen, ist überhaupt nicht zu diskutieren.

Da nun aus den Gerichtsakten unzweideutig hervorging, daß O. L. sich zur Zeit der Begehung der Tat in einem Zustand befand, welcher die freie Willensbestimmung ausschloß, und ihm § 51 StGB. ohne Zweifel zugebilligt werden mußte, wurde von der Möglichkeit einer 6wöchigen Anstaltsbeobachtung kein Gebrauch gemacht. So beschränkt sich die weitere Beobachtung in diesem Falle also lediglich auf die

Angaben der Angehörigen, aus denen hervorgeht, daß O. L. nach dem Vorfall keine weiteren auffälligen Symptome gezeigt, sondern geheiratet habe und sehr glücklich sei.

Das Vorleben ergab Imbecillität (durch Beobachtungen des Gutachters bestätigt) bei hereditär psychopathischer Konstitution. Auf diesem Boden können sich jedoch die verschiedensten sog. funktionellen Geisteskrankheiten entwickeln. Aus den Erkrankungsformen in der Ascendenz lassen sich auch keine Anhaltspunkte für die Art der Erkrankung gewinnen, da nur die Veranlagung, nicht aber eine bestimmte Erkrankungsform erblich übertragbar ist. Nur bei degenerativer Vererbung, d. h. bei zahlreichen Familienmitgliedern durch mehrere Generationen hindurch zu verfolgender erblicher Belastung, ist gleichartige Vererbung vorherrschend; hier sind durchgehends die Krankheitsbilder auch komplizierter. Ein solcher Fall liegt aber bei O. L. nicht vor, da in der Ascendenz nur von einer Tante Anfälle mit Lippenbiß bekannt sind, also nur aus einer Seitenlinie, die keine direkten Schlüsse auf die erbliche Belastung des Probanden zuläßt, sondern nur als Zeichen für die überhaupt in der Familie vorhandenen Keimtendenzen zu werten ist. I. Gutschmer kommt sogar in einer Arbeit über die Erkrankungsaussichten der Neffen- und Nichtenschaften der genuinen Epileptiker zu dem Ergebnis: „die positiven Befunde in Bezug auf geistig Erkrankte in unsern Neffen- und Nichtenschaften sind überraschend spärlich. Es handelt sich hauptsächlich um eine somatisch-neuropathische und allgemein psychische Minderwertigkeit". Hysterie ist dabei verhältnismäßig häufig. Aus diesen Gegebenheiten lassen sich also auch keine Schlüsse auf die Art des Dämmerzustandes, in dem sich O. L. zur Zeit der Begehung der Tat befand, ziehen.

Nur die Schilderung der Großmutter, die ich als Absencen im Jugendalter deutete, könnten als Hinweis auf Epilepsie zu werten sein. Die Zielstrebigkeit und vorübergehende Bewußtseinsaufhellung, die die Flucht ermöglichte, können durchaus nicht als Beweismittel gegen epileptische Dämmerzustände geltend gemacht werden, wie aus einem zweifellos epileptischen Parallelfall Binswangers hervorgeht:

22jähriges Mädchen aus achtbarer Familie, seit der Pubertätsentwicklung an ausgeprägten epileptischen Insulten leidend, hat nachmittags in dem Geschäft, in dem sie tätig ist, einen schweren epileptischen Anfall, nach welchem sie für mehrere Stunden in einen tiefen Schlaf verfällt. Abends 7 Uhr, d. h. zu der Stunde, zu welcher sie nach Hause zu gehen pflegt, erhebt sie sich, nimmt Hut und Mantel und geht, nachdem sie erklärt hat, nach Hause gehen zu wollen, selbständig fort. Auf dem Heimweg, der sie immer durch ganz bestimmte Straßen führt, passiert sie einen Schirmladen in einer der belebtesten Straßen; hier nimmt sie aus dem vor der Ladentür stehenden Ständer mehrere Schirme, entsprechend dem schon früher gehegten und mehrfach geäußerten Wunsche, sich einen neuen Schirm zu kaufen.

Auf dem Heimweg grüßt sie verschiedene Bekannte, soll auch zusammenhängende kurze Grußworte gesprochen haben. Zu Hause angelangt, öffnet sie die Wohnung mit dem Vortürschlüssel, stellt die Schirme in eine Ecke, sucht ihr Zimmer auf, legt sich zu Bett und verfällt in einen vielstündigen Schlaf. Am andern Morgen weiß sie nichts über die Herkunft der Schirme; ihre Erinnerung schneidet mit dem Einsetzen des Anfalls ab.

Auch die außergewöhnliche Geschicklichkeit des O. L., an einer Dachrinne empor zu klettern und über ein Gesimse von 20 cm Breite zu laufen, stellt eine Leistung dar, wie sie nach dem Urteil von Volland und Bier hauptsächlich bei Epileptikern vorkommt und ihre Ursache in der großen Erregbarkeit der motorischen Zentren hat. Die Kasuistik Vollands über die auffallenden Kraft- und Geschicklichkeitsleistungen bei Epilepsie ist so instruktiv, daß ich nicht versäumen möchte, hier zur Erläuterung zwei seiner Fälle folgen zu lassen.

1. Fall: Im Alter von 11 Jahren Auftreten von epileptischen Anfällen. Bei Vollmond hatte der Kranke immer den Blick nach dem Mond gerichtet; nach dem Zubettgehen schlief er erst ca. 15 Minuten, dann ist er wiederholt durch das Oberlicht auf ein schräges Dach gegangen. Er stieg auch zuweilen an der Dachrinne hoch, mit dem Innenrand der Füße kletternd, mit auffallender Schnelligkeit; die Augen hatte er dabei offen. Auf dem Dachfirst lief er dann hin und zurück, beim Anrufen knickte er zusammen. Dauer dieses Zustandes ca. 15 Minuten, nach der Rückkehr vom Dach schlief er weiter. Selten kletterte er auf einen Baum, und zwar in derselben Weise hochkletternd, wie an der Dachrinne. (Der Patient wurde später geheilt entlassen!!).

Der Autor betont hierzu, daß manchmal gerade während des Vollmondes die Tendenz zum Klettern in Verbindung mit einer erhöhten nervösen Erregbarkeit und Veränderung des Seelenzustandes in verstärktem Maße zum Ausdruck kam. Es soll hier nicht bestritten werden, daß der Mond durch besondere Strahlenwirkung einen derartigen Reiz für labile Nervensysteme darstellen mag, doch sind diese Probleme vorläufig wissenschaftlich noch zu wenig erforscht und durch zu viele mystische Spekulationen verfälscht, als daß man zwingende Schlußfolgerungen daraus ziehen könnte. Eine gewisse, wenn auch keineswegs ausschlaggebende Rolle dabei spielt vielleicht die außergewöhnliche Helligkeit, die für die Kranken zum Anlaß werden mag, Nacht und Tag zu verwechseln und der Lichtquelle entgegen zu klettern. Auch die Nacht, in der O. L. in das Annastift einstieg, war eine Vollmondsnacht, doch möchte ich daraus keine weiteren Folgerungen ziehen, als daß ihm das helle Mondlicht auf seinem beschwerlichen Wege ein ausgezeichnetes Hilfsmittel gewesen sein muß, und daß er sich in einer echten dunklen Winternacht bei der Kletterei und später im Zimmer der Lehrerin wohl kaum so gut zurechtgefunden haben würde.

2. Fall: 16jähriger Patient mit hysteroepileptischen Krankheitssymptomen stieg im postepileptischen Dämmerzustand durch das Oberfenster des Isolier-

raumes, nachdem er es in geschickter Weise geöffnet hatte, schwang sich an der schräg oben befindlichen, nur durch Sprung erreichbaren Dachrinne des Nebenhauses auf das Dach, kletterte von diesem auf das anstoßende, steil aufsteigende Ziegeldach des Haupthauses über 2 m hoch nach einem Fenster des 2. Stockes, kletterte hinein und verzehrte einen ganzen dort befindlichen Kuchen. — Ferner verfertigte er mit großem Geschick aus Eßlöffeln, Nägeln usw. Hilfsmittel zum Oeffnen von Fenstern und Türen.

Im seelischen Gleichgewicht während des freien Intervalls waren derartige Patienten mit dem besten Willen nicht in der Lage, ähnliche Leistungen zu vollbringen, einige von ihnen waren sogar ungewöhnlich schwerfällig. — Von einem andern Kranken berichtet Volland, daß er an den Bäumen mit der Innenseite des Fußes und nicht mit den Knien hochkletterte und bringt diese Fälle in Zusammenhang mit andern degenerativen Merkmalen, wie: Ueberaugenwülste, fliehende Stirn, stärkere Ausbildung der Hinterschädelhälfte im Vergleich zu der schmalen vorderen (wie beim Neandertaler), sowie geringere Größe der Großzehe im Vergleich zur zweiten (als Reminiscens an den Kletterfuß). Derartige Merkmale fand er bei den Kranken der Bethelschen Anstalten einzeln oder gehäuft relativ oft, wahrscheinlich eine im Sinne der Lehre von der Correlation der Organe sich einstellende Angleichung an die gleichfalls auf niedrigerer Entwicklungsstufe stehende Ausbildung des Zentralnervensystems (Vorwiegen subcorticaler Zentren).

Wenn auch nach dem übereinstimmenden Urteil von Volland und Bier derartige außergewöhnliche Leistungen vorwiegend bei epileptischen Dämmerzuständen beobachtet werden, schließt ihr Vorkommen immerhin noch nicht die Möglichkeit einer andern Störung aus. So beschreibt Volland selbst einen Patienten mit manisch-depressivem Irresein, der auf einer schmalen Unterlage, mit den Zehen sich festklammernd, zu gehen vermochte, und Binswanger schildert den Fall einer hysterischen Patientin, die im Dämmerzustande zwar keine besonderen Fähigkeiten entwickelte, aber doch Leistungen vollbrachte, zu denen sie außerhalb des Dämmerzustandes nicht in der Lage war.

Eine 15jährige Patientin, die außerhalb der Anfälle einen ruhigen, sanften Charakter besaß, konnte nicht selbständig vom Bett aufstehen. Manchmal schien sie einzuschlafen, wachte aber plötzlich auf, nahm eine sehr entschiedene Miene an, der Blick war belebt, die Augen fest auf einen Punkt gerichtet, die Bewegungen plötzlich. Sie sprang vom Bett heraus, ging zum benachbarten Fenster, setzte sich dort auf einen Stuhl und blickte mit einer Aufmerksamkeit in den Hof hinab, die durch nichts abgelenkt werden konnte. Weckte man sie durch Schütteln, so fiel sie steif vom Stuhl herab, stieß einen kleinen Schrei aus und hatte einen konvulsivischen Anfall. Ließ man sie unbehelligt, so ging sie nach Verlauf einer halben Stunde in ihr Bett zurück, schlief ein und hatte nach dem Erwachen keinerlei Erinnerung an den Anfall. — Patientin bot seit ihrem 9. Lebensjahre hysterische Krankheitszeichen dar und hatte zur Zeit der klinischen Beobachtung täglich zwei Anfälle hysteri-

scher Art. Der Mittagsanfall war ein gewöhnlicher konvulsivischer, der Abendanfall zwischen 6 und 7 Uhr ausschließlich ein somnambuler Zustand.

Aus der vergleichenden Betrachtung dieser Beispiele geht hervor, daß der zur Beurteilung stehende Fall des O. L. als epileptischer, vielleicht auch als hysterischer Dämmerzustand aufgefaßt werden könnte, doch möchte ich die Mahnung Binswangers und anderer Autoren, einen epileptischen oder hysterischen Dämmerzustand nur dann zu diagnostizieren, wenn abgesehen von dem zu beurteilenden Zustand auch andere zweifelsfreie Symptome epileptischer oder hysterischer Erkrankung die Diagnose stützen können, nicht außer acht lassen.

Ein weiterer diagnostischer Anhaltspunkt ergibt sich aus der Angabe des O. L., er habe an dem Vorabend so viel getrunken, daß er nicht mehr gewußt habe, was mit ihm vorgefallen sei. Natürlich sind solche Angaben nur mit äußerster Skepsis zu verwerten, solange sinnlose Trunkenheit noch als Zustand von Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51 StGB. gilt. Nur zu gern versuchen Angeklagte bei den verschiedensten Vergehen, sich auf sinnlose Trunkenheit herauszureden, um dem Zugriff der richterlichen Strafgewalt zu entgehen, ein Umstand, der neuerdings zu folgender Einschränkung geführt hat:

> **§ 33a StGB.:** Wer sich vorsätzlich oder fahrlässig durch Genuß geistiger Getränke in einen .... Rausch versetzt, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren bestraft, wenn er in diesem Zustand eine strafbare Handlung begeht.

Solche Angaben der Angeklagten sind also mit Vorsicht aufzunehmen, sinnlose Trunkenheit in diesem Falle sogar vollkommen abzulehnen, da O. L. in schwer betrunkenem Zustande unmöglich in der Lage gewesen wäre, über das schmale Dachgesimse zu gehen. Daß er überhaupt am Vorabend der Tat getrunken hat, soll damit nicht in Abrede gestellt werden, es wäre zum mindesten eine Erklärung dafür, daß er zu so später Stunde noch auf den Beinen war. Nicht ausgeschlossen ist es daher, daß ein **alkoholischer Dämmerzustand** vorgelegen hat, das heißt einer jener Zustände, die im Gegensatz zur Trunkenheit nicht durch taumelnden Gang und lallende Sprache auffallen, sondern im Wesentlichen durch eine Veränderung des Bewußtseins in Erscheinung treten. Prädisponiert zum alkoholischen Dämmerzustand sind die sogen. Alkoholintoleranten, zu denen manche Schwachsinnige, Degenerierte, Hysteriker, die meisten Epileptiker u. a. Geisteskranke gehören, außerdem viele Hirnverletzte und durch schwere Krankheiten und Anstrengungen geschwächte Personen, und schließlich zeigen auch echte Alkoholiker meist pathologische Reaktion auf Alkoholgenuß. Schon relativ geringe Alkoholmengen bewirken, besonders unter dem Einfluß jäher Temperaturveränderungen und Affekte, bei solchen Menschen Symptome alkoholischer Vergiftung, die sich meist nicht in motorischen oder

psychischen Coordinationsstörungen äußern, sondern zu wahnhafter Verkennung der Umgebung führen und unter dem Einflusse von Affekten oder Triebregungen zur Ursache krimineller Handlungen werden können, ähnlich wie andere Dämmerzustände. Auch hier endet der Zustand meist mit tiefem Schlaf, nach welchem meist völlige Amnesie für die Vorgänge im Dämmerzustand besteht. Vorübergehende Bewußtseinsaufhellungen sind gerade bei alkoholischen Dämmerzuständen keine Seltenheit und können die Diagnose ungemein erschweren, wie auch nachstehendes „Gutachten über Mord in der Trunkenheit" der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen zeigen mag:

Fuhrmann L. kehrt in eine Wirtschaft ein, nachdem er an dem heißen Tage schon ca. 6 Schoppen Apfelwein und zwei Gläser Bier getrunken, sitzt dort still, geht hinaus, macht sich an seinem Wagen zu schaffen, als T. aus der Wirtschaft kommt und draußen Wasser läßt. L. springt vom Wagen, ersticht T. vor Zeugen, geht sofort zu dem Fuhrwerk zurück, faßt das Pferd beim Zügel und läuft damit im Trab die Chaussee entlang. R. und E. liefen ihm nach, worauf H. L. das Pferd stehen ließ und allein weiter lief. Nun verfolgten ihn mehrere und holten ihn ein. R. versetzte ihm mit einem Stocke mehrere Schläge ins Gesicht, sodaß er zu Boden fiel. Man führte ihn zu der Leiche zurück, hier setzte er sich auf die Erde nieder und beteuerte, er habe den T. nicht erstochen, dem wäre er ja gar zu gut (kannte ihn vorher nicht). E. fragt ihn, ob er ein Messer habe, dies leugnete er gleichfalls, als er jedoch visitiert werden sollte, griff er in die Hosentasche und gab das Messer heraus. Es war ein Zulegemesser und an der Klinge wie an dem Griff mit Blut besudelt. Auf der Wache sprach er unverständliches Zeug, wie vorher mit seinem Pferd.

Motiv zur Tat: T. hatte den L. vor 15 Jahren einmal wegen eines Kleediebstahls denunziert, ohne daß L. bestraft worden wäre. Aber L. sah doch T. öfter scharf an. L. selbst beschuldigt seinen Kollegen G. Er, L., sei nur geflohen, weil alle hinter ihm her gekommen seien.

Gutachten: ... In solchen Zuständen sind die Sinneswahrnehmungen oft unsicher, können zu wirklichen Sinnestäuschungen verfälscht werden, die Vorstellungen sind verworren, die Folgerichtigkeit des Urteils demgemäß beeinträchtigt. Willensimpulse entstehen auf verhältnismäßig geringen Anreiz und drängen mit Energie zu Handlungen, ohne daß die Ueberlegung sie zu moderieren imstande wäre. Sogar wirkliche Wahnvorstellungen können auf solchem Boden sich vorübergehend entwickeln und das Handeln beeinflussen.

Daß L. während derselben Zeit soweit Herr über seinen Körper war, daß er vom Wagen steigen, ohne zu taumeln, gehen und laufen konnte, spricht natürlich keineswegs gegen unsere Auffassung. Ebensowenig, daß er überhaupt nach der Tat floh. — Abgesehen davon, daß er seine Flucht in wenig zweckdienlicher Weise anstellte, schließt der von uns als vorhanden angenommene Zustand der Verwirrung keineswegs aus, daß er gleich nach der Tat ein instinktives Gefühl von der Natur derselben empfand und durch dieses getrieben wurde, sich davon zu machen.

Auch O. L. ist ein geistig minderwertiger Mensch mit hereditär-psychopathischer Konstitution, bei dem eine Alkoholintoleranz durchaus möglich wäre, wobei als begünstigender Umstand noch der Uebergang von der geheizten Wirtsstube in die kalte Winternacht anzusehen sein mag. Auch die Flucht des O. L. ist ganz ähnlich wie die des Fuhrmanns L. Ich möchte jedoch bezweifeln, ob es in solchen alkoholischen Dämmerzuständen, auch wenn die Bewegungen noch coordiniert erscheinen, zu so außergewöhnlichen Geschicklichkeitsleistungen, wie O. L. sie zeigte, kommen kann, und neige daher zu der Ansicht, daß es sich hier weniger um einen alkoholischen Dämmerzustand, als vielmehr um einen durch Alkoholgenuß ausgelösten **episodischen Dämmerzustand** bei einem dazu disponierten Individuum gehandelt haben wird. Daß Alkohol so weitgehende Störungen verursachen kann, beweist das nicht seltene Vorkommen von Alkoholepilepsie, epileptiformen Anfällen, die im Beginn des Leidens nur nach Alkoholgenuß auftreten, in progredienten Stadien auch unabhängig davon. Vielleicht stellt aber auch der Alkoholgenuß am Vorabend der Tat selbst schon eine Triebhandlung des Dämmerzustandes dar und ist ähnlich aufzufassen wie die Dipsomanie der Epileptiker.

Solche episodischen Dämmerzustände stellen nach Kleist eine besondere Form von Degenerationspsychosen dar. Sie sind als Zeichen erblicher oder konstitutioneller Minderwertigkeit des Zentralnervensystems zu werten und können den Beginn einer echten Geisteskrankheit darstellen, bei späterem Ausbleiben adäquater Reize aber auch vereinzelt bleiben. Einen solchen Fall schildert Vernandez als psycho-epileptisches Aequivalent:

Ein junger Mann erschoß, ohne daß ein Wortwechsel usw. vorhergegangen war, im Eisenbahnwagen eine schlafende Gegenübersitzende. Mehrjährige Anstaltsbeobachtung ergab außer spärlichen leichten Bewußtseinsstörungen nur mäßige Charakterveränderungen nach Art der epileptischen; Verfasser führt die Tat auf einen, hier ganz vereinzelt aufgetretenen epileptischen Dämmerzustand zurück, da Amnesie für die betreffenden Vorgänge vorhanden war, auch jedes Motiv fehlte.

In ähnlicher Weise möchte ich den **Fall des O. L.** beurteilen. Es war ein Zustand von **Somnambulismus**, doch nicht einer jener einfachen Fälle von traumhaftem Umherwandeln im Schlaf, sondern Somnambulismus, wie ihn die alten Autoren verstanden, als der Name noch für jedes traumhafte Umhergehen gebraucht wurde. Im besonderen fielen damals die hypnotischen Zustände in dieses Gebiet, doch auch die märchenhaften Klettereien „Somnambuler“ in hellen Mondnächten gehörten dazu.

Der Bewußtseinszustand, in dem O. L. sich zur Zeit der Begehung der Tat befand, muß gegenüber dem Wachbewußtsein viel weiter verändert gewesen sein als im einfachen Schlaf, sonst hätte er zwangs-

läufig durch die verschiedenen Reize und Schwierigkeiten, die sich auf seinem Wege einstellten, aufgeweckt werden müssen. Es ist auch nicht anzunehmen, daß er sich in einem Zustand echten Nachtwandelns in der fremden Umgebung trotz der relativen Dunkelheit so gut zurechtgefunden haben würde. Als sicherster Beweis gegen echtes Nachtwandeln erscheint mir aber die Tatsache seiner Flucht. Ein echter Nachtwandler erwacht beim Anrufen und braucht eine gewisse Zeit, bis er sich orientieren kann. Ob er dann so schnell die Flucht hätte ergreifen können, erscheint zum mindesten nicht wahrscheinlich. Aus Dämmerzuständen dagegen sind solche Bewußtseinsinseln eher bekannt.

So komme ich zusammenfassend zu dem Urteil, daß O. L. in einem Zustand von **Somnambulismus** handelte, in dem sein Bewußtsein infolge seiner psychopathischen Veranlagung nicht nur traumhaft, sondern pathologisch **im Sinne eines Dämmerzustandes** verändert war.

Zum Schluß möchte ich Herrn Professor Dr. B e r g für die freundliche Ueberlassung des Themas und des Materials und seine liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit danken.

Schrifttum.

1. Bier, A.: Ueber Höchstleistungen durch seelische Einflüsse und Daseinsnotwendigkeiten. Münchener Med. Wochenschr. 1924, 1227, 1279, 1312.
2. Binswanger: Epilepsie. In: Nothnagels Handb. der spez. Path. und Therapie XII. Bd. 1, 1. Abt. Hölder, Wien, 1904.
3. Binswanger: Hysterie. In: Nothnagels Handb. XII. Bd. 1, 2. Abt.
4. Birkmeyer: Encyklopädie der Rechtswissenschaft. 2. Aufl. Haring, Berlin 1912.
5. Birnbaum: Handwörterbuch der medizin. Psychologie. Thieme, Leipzig, 1930.
6. Bleuler: Lehrbuch der gerichtl. Psychiatrie. Springer, Berlin, 1916.
7. Brach: Lehrbuch der gerichtl. Medizin. Eisen, Köln, 1850.
8. Bumke: Diagnose der Geisteskrankheiten. Bergmann, Wiesbaden, 1919.
9. Bumke: Handb. d. Geisteskrankheiten. Springer, Berlin, 1928.
10. Bumke: Das Unterbewußtsein. Springer, Berlin, 1922.
11. Casper-Liman: Handb. der gerichtl. Medizin. 6. Aufl. Berlin, 1876.
12. Delbrück, H.: Ein Fall von Schlaftrunkenheit. Zeitschr. f. d. ges. ger. Mediz. Nr. 4, 369, 1924.
13. Delbrück: Ueber Nachtwandeln, Schlafwachen und Schlaftrunkenheit und ihre gerichtsmedizinische Bedeutung. Inaug.-Diss. Göttingen, 1922.
14. Dennerts Konversationslexikon. 3. Aufl. Essen, 1910.
15. Dietze: Kriminelle Handlungen in somnambulen Zuständen. Inaug.-Dissertation. Jena, 1920.
16. Dubois: Ueber Somnambulismus und Unfall. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 61. Bd., 1932.
17. Entscheidungen des Reichsgerichts.
18. Encyclopädisches Handb. der Heilpädagogik.
19. Feige: Gerichtl. Medizin. 1895.
20. Fernández-Victorio: Psychoepileptische Aequivalente der impulsiven Form. Siglo méd., Bd. 70. Ref. in Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 33. Bd.

21. Fischer: Die forensische Bedeutung der Amnesie und ihre Erklärung bei paranoiden Erkrankungen. Deutsche Zeitschrift f. d. ges. ger. Med. 1, 743 ff., 1922.

22. Fodéré: Traité de Médecine légale. Paris 1813. Ref. in Brach, Lehrb. d. ger. Med.

23. Frank: Das Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich. 16. Aufl., Mohr, Tübingen 1925.

24. Frisch: Das vegetative System der Epileptiker. Springer, Berlin 1928.

25. Gutschmer, J.: Zum Problem der Erbprognosebestimmung. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. 106, 242, 1926.

26. Heidenhain, A.: Kurze Bemerkungen über Dämmerzustände. Münchener Med. Woch. 39, 2175, 1913.

27. Heine, S.: Die forensische Bedeutung der Amnesie. Vierteljahresschrift f. ger. Med., 42, 51—93, 1911.

28. Hildebrandt: Gerichtliche Medizin. 2. Aufl., Schoetz, Berlin 1932.

29. Hocle: Handb. der gerichtl. Psychiatrie. 2. Aufl., Hirschwald, Berlin 1909.

30. Hofmann-Haberda: Lehrbuch der gerichtl. Medizin. 8. Aufl. Urban u. Schwarzenberg, Wien 1897.

31. Homburger: Psychopathologie des Kindesalters. Springer, Berlin 1926.

32. Hübner: Lehrbuch der forens. Psychiatrie. Marcus und Weber, Bonn 1914.

33. Illustriertes Konversationslexikon. Spamer, Leipzig-Berlin 1878.

34. Jahrreiß: Handb. der Geisteskrankheiten, herausgeg. von Bumke, 1. Bd., Allg. Teil I. Springer, Berlin 1928.

35. Janský: Dämmerzustände. Ref. in Zentralblatt f. Neur. u. Psych., Bd. 33

36. Jaspers: Psychopathologie. 3. Aufl. Springer, Berlin 1923.

37. Kleist: Episodische Dämmerzustände. Ein Beitrag zur Kenntnis der konstitutionellen Geistesstörungen. Thieme, Leipzig 1926, S. 58 ff.

38. Kohlschütter: In.-Diss. Leipzig 1862. Ref. in Landois-Rosemann.

39. Kraepelin: Lehrb. der Psychiatrie. 8. Aufl. Barth, Leipzig, 1909.

40. v. Krafft-Ebing: Lehrb. der Psychiatrie. 5. Aufl., Enke, Stuttgart 1893.

41. v. Kraft-Ebing: Formale Störungen des Vorstellens und ihr Einfluß auf die Selbstbestimmungsfähigkeit. Viertelj.-Schr. f. ger. Med., Bd. XII, 127 ff.

42. Kraus: Allg. und spez. Path. der Person. Thieme, Leipzig 1926.

43. Landois-Rosemann: Lehrb. der Physiologie. 19. Aufl., Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien 1929.

44. Liman: Zweifelhafte Geisteszustände vor Gericht. Hirschwald, Berlin 1869.

45. Margolinsky: Epilepsie und Mondsucht (Medizinisch historische Studie). Ref. in Zentralbl. f. Neurol. u. Psych., 33. Bd.

46. Mönninghoff u. Piesbergen: Zeitschr. f. Biologie. Ref. in Landois-Rosemann.

47. Raecke: Aktengutachten über den Geisteszustand eines inzwischen verstorbenen Alkoholikers. Vierteljschr. f. ger. Med. 42, 94—115, 1911.

48. Reichardt: Allg. u. spez. Psychiatrie. 3. Aufl., Fischer, Jena 1923.

49. Rosenfeld: Störungen des Bewußtseins. Klinisch diagnostische Studien. Thieme, Leipzig 1929.

50. Sadger: Nachtwandeln und Mondsucht. Eine medizinisch-literarische Studie. Schriften für Angewandte Seelenkunde v. Sigm. Freud, 16. Heft.

51. Schmidtmann: Handb. der ger. Medizin.

52. Schopenhauer: Ausgewählte Schriften.

53. Steinbiß: Ueber einen seltenen Fall transitorischer Bewußtseinstörung. Groß-Archiv, Bd. 15. Ref. in Delbrück.

54. Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich, bearb. von Kohlrausch.

55. Tietze: Die forensische Bedeutung der Dämmerzustände. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 94, 182—201, 1931.

56. Trömner: Vorgänge beim Einschlafen. Journal für Neurol. u. Psych., Bd. 17, 1910/11. Ref. in Delbrück, Diss.

57. Vogt: Epilepsie im Kindesalter. Karger, Berlin 1910.

58. Vogt: Epilepsie. In: Aschaffenburg, Handb. der Psychiatrie, Spez. Teil I. Deuticke, Leipzig-Wien 1915.

59. Volland: Ueber auffallende Kraft- und Geschicklichkeitsleistungen bei Epileptikern. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 99, 92—128, 1925.

60. Weygandt: Atlas und Grundriß der Psychiatrie. Lehmann, München 1902.

61. Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen: Gutachten über Mord in der Trunkenheit. Vierteljahresschr. f. ger. Med., Bd. XI, S. 10 ff.

62. Wollenberg: Epilepsie. In: Hoche, Handb. der ger. Psychiatrie.

63. Ziehen: Psychiatrie, 3. Aufl., Hirzel, Leipzig 1908.

64. Ziehen: Die Beziehungen der Lebenserscheinungen zum Bewußtsein. Heft 13 der Abhandlungen zur theoretischen Biologie, herausgeg. von Schaxel. Bornträger, Berlin 1921.

Lebenslauf.

Ich wurde am 3. August 1910 als Tochter des Kaufmanns Karl Goecker und seiner Ehefrau Margarethe, geb. Sax, in Essen geboren. Nach dem Besuch der städtischen Volksschule und Viktoriaschule erhielt ich Ostern 1929 das Reifezeugnis der gymnasialen Studienanstalt. Dann studierte ich 5 Semester in Köln, wo ich Juli 1931 die ärztliche Vorprüfung mit dem Prädikat „gut“ bestand, 2 Semester in München, 1 Semester in Heidelberg. Seit Ostern 1933 besuche ich die Medizinische Akademie in Düsseldorf und stehe jetzt vor meinem 11. Semester.

Düsseldorf, im März 1934.